
Análisis comparativo de la angulación del conducto palatino posterior en cráneos humanos adultos.

Irigoyen, S; Abilleira, E; Segatto, R; Bustamante, C; Mancuso, P; Fingermann, G; Delocca, M; Mazzeo, D.

Asignatura Anatomía, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata

El conducto palatino posterior comunica el vértice de la fosa pterigomaxilar, con la bóveda palatina con una dirección oblicua de atrás hacia adelante, de arriba hacia abajo y de afuera hacia adentro, dando paso a los elementos anatómicos que proveen inervación e irrigación al sector posterior del techo de la cavidad bucal, ellos son la arteria palatina superior o descendente, el nervio palatino anterior y las venas palatinas posteriores. Este conducto está constituido por un canal labrado en la base mayor del maxilar superior que se articula con otro existente en la cara externa de la lámina vertical del hueso palatino. Tiene una longitud variable entre 10 y 22 milímetros que parece depender del tipo morfológico facial. Su orificio de desembocadura en el paladar presenta una forma generalmente ovalada cuyo diámetro mayor tiene 3 a 5 milímetros y su borde posterior a veces se halla culminado por una cresta ósea que lo separa de los orificios palatinos accesorios. Está situado en el ángulo diedro que forman la porción horizontal del palatino con la cara interna del reborde alveolar superficie que en el esqueleto óseo corresponde a una depresión palpable en el vivo.

Figun y Garino establecieron parámetros para el acceso al conducto palatino posterior, tomando como referencia el eje del conducto en relación con el plano oclusal, en una angulación de 60 a 70 grados, no encontrándose en la bibliografía actual, datos de referencia para maxilares desdentados. Es necesario recurrir a la utilización de planos que sean paralelos al plano oclusal ya que éste es inexistente en los cráneos desdentados, en el presente trabajo se toma como plano de referencia el biespinal por reunir las condiciones necesarias.

La angulación del conducto palatino posterior debe ser tenida en cuenta para poder acceder al vértice de la fosa pterigomaxilar cuando se requiere realizar la anestesia troncular del nervio maxilar superior por vía intraoral.

Los objetivos del presente trabajo es determinar la angulación del conducto palatino posterior en cráneos humanos dentados y desdentados y analizar si existe variabilidad significativa entre ambos grupos.

El tamaño de la muestra fue de 200 (doscientos) cráneos humanos adultos, 100 (cien) dentados y 100 (cien) desdentados rotulados con sistema alfa numérico, obtenidos de la craneoteca de la facultad de odontología de la

Universidad Nacional de La Plata. Se consideró a cada hemicráneo como una unidad experimental. A los cráneos rotulados se les introdujo un tutor en el conducto palatino posterior y se les realizó la técnica de Telerradiografía (radiografía lateral de cráneo). Las radiografías fueron rotuladas con el mismo sistema que los cráneos obteniendo el par: cráneo / telerradiografía constituyendo una nueva unidad experimental. Las imágenes radiográficas se obtuvieron en la asignatura Radiología y fisioterapia de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Las mismas fueron estandarizadas ubicando el cráneo con el plano de Franckfort, paralelo al piso y el chasis de la película, perpendicular a éste, del lado derecho. El rayo central penetra por el conducto auditivo externo del lado opuesto, con un kilovoltaje de 78 Kv. 10 miliamperes y 2 segundos de exposición. Obtenidas las imágenes se realizó a cada una, el trazado cefalométrico, utilizando el plano biespinal (espina nasal anterior – espina nasal posterior) como referencia para medir la angulación de desembocadura del conducto palatino posterior.

Se dividió en dos grupos (dentados y desdentados) y tres grupos de intervalos de clase (90° - 95° ; 95° - 100° ; 100° - 105°).

Los resultados obtenidos para el grupo desdentados fueron intervalo (90 – 95) 15%; intervalo (95 – 100) 75%; intervalo (100 – 105) 10 %. En el grupo dentados los guarismos fueron: intervalo (90 – 95) 10%; intervalo (95 – 100) 77,5%; intervalo (100 – 105) 12,5%.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas de las angulaciones del conducto palatino, entre los cráneos dentados y desdentados.

Es necesario utilizar para el estudio un plano de referencia que sea paralelo al plano oclusal con el fin de obtener datos comparables ya que en los cráneos desdentados no existe plano oclusal, para ello es útil el plano biespinal, Para ambos grupos la mayor distribución de frecuencia corresponde al intervalo 95° - 100° . La distribución de la frecuencia puede ser considerada simétrica para las dos poblaciones analizadas.

Bibliografía

Ries Centeno, G; Cirugía bucal. 7ma. Edición. Ed. El Ateneo. Bs. As. Pag 166-167. Año 1968

Figún, M; Garino, R; Anatomía odontológica. 2da. Edición. Ed. El Ateneo. Bs. As. Pag 376. Año 2006

Kruger, G. Cirugía bucomaxilofacial. 1ra. Edición. Ed. Panamericana. México. Pag 57 Año 1998

Eriksson, E. Manual ilustrado de anestesia local. Ed. Astra. Suecia. Pag 64-65 Año 1969